

Schizophrénie et comorbidité : addictions et violence

Parmi les éléments de comorbidité rencontrés dans la schizophrénie, les troubles addictifs et la violence sont ceux qui préoccupent le plus l'entourage familial et soignant des patients. Ces troubles peuvent aggraver le pronostic de la schizophrénie, notamment parce qu'ils entravent encore des démarches de soins et d'insertion sociale déjà complexes, mais aussi parce qu'ils provoquent une cascade de complications et de ruptures. Il existe encore, sur ces manifestations associées, des craintes, des idées reçues et des zones d'ombre. Les auteurs proposent une mise au point à partir de la littérature récente, sur l'incidence et la nature de ces troubles et sur les pistes actuellement ouvertes quant à leurs origines.

— Jean-Philippe RAYNAUD —
Léonard AMÉTÉPÉ

Service de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent
Centre hospitalier universitaire de Toulouse
Hôpital La Grave
31052 Toulouse Cedex
Mél : raynaud.jph@chu-toulouse.fr

Depuis quelques années, les recherches cliniques et épidémiologiques se multiplient autour des éléments comorbides rencontrés dans la schizophrénie. Si la comorbidité dépressive ou dysthymique commence à être bien connue, les addictions et la violence chez les sujets schizophrènes donnent davantage lieu à des idées reçues. Celles-ci, associées à la médiatisation de certains faits divers, contribuent parfois à entretenir stigmatisations et craintes. Une meilleure diffusion de l'état actuel des connaissances dans ce domaine, en particulier auprès des médecins de famille, pourrait améliorer et élargir les modalités d'aide et de soins au quotidien pour les personnes schizophrènes. Les problématiques de violence et de toxicomanies interviennent en effet de façon importante dans la qualité de vie de ces patients et de leurs familles, leur insertion sociale et leur image, et le pronostic en général.

Schizophrénie et addictions

Les conduites addictives chez les sujets schizophrènes représentent actuellement un domaine dans lequel les interrogations des cliniciens sont nom-

breuses et la recherche active, afin d'essayer d'ouvrir des pistes vers des possibilités de traitement spécifique ou adapté. Identifier précocement des conduites d'expérimentation, voire des troubles addictifs, chez les schizophrènes pourrait permettre de limiter leur développement et d'améliorer leur pronostic.

Pourquoi ?

Il y a encore quelques années, la question de la dépendance et en particulier de la toxicomanie chez les sujets schizophrènes était peu étudiée. Il était communément admis que les jeunes adultes souffrant de schizophrénie étaient plus exposés aux expérimentations de prises de toxiques, et par conséquent à l'évolution vers une addiction au sens propre. En général, cette possibilité de comorbidité était mise sur le compte du manque d'autonomie de ces sujets, de leur suggestibilité et de l'exposition à des « rencontres » avec des patients toxicomanes dans les parcours de soins.

Actuellement, les études épidémiologiques, aussi bien en population générale qu'auprès des populations de sujets schizophrènes, montrent un lien non négligeable entre troubles schizophréniques et conduites addictives.¹ Tout au long de la vie des schizophrènes, l'abus de substances psychoactives, y compris l'alcool, est fréquent : il concernerait la moitié d'entre eux (v. tableau).

Différentes hypothèses ont été proposées pour expliquer cette importante comorbidité entre schizophrénie et addiction. Des études récentes ont montré que les hypothèses qui mettent en avant essentiellement des facteurs

TABLEAU

Taux de prévalence pour l'utilisation de différents toxiques chez les sujets schizophrènes
(d'après Dixon, Breier et Lieberman, réf. 1).

☐ Toutes substances	50 %
☐ Nicotine	70 %
☐ Stimulants	25 %
☐ Marijuana	42 %
☐ Hallucinogènes	18 %
☐ Alcool	47 %

sociaux et environnementaux sont intéressantes, mais insuffisantes. Il a été également évoqué la notion de vulnérabilité biologique, dont certaines dimensions pourraient être communes aux schizophrénies et aux troubles addictifs. Les recherches se sont donc orientées vers l'exploration de déterminants génétiques communs, vers le rôle des systèmes dopaminergique, opioïde et cannabinoïde dans l'étiologie de la schizophrénie, de l'abus et de la dépendance aux toxiques.

La théorie dite de l'automédication suggère que les schizophrènes pourraient essayer de compenser un déficit lié à leurs troubles, en utilisant les substances ou les comportements de dépendance pour essayer de faire face à leurs difficultés émotionnelles, à leurs mal-adresses sociales, ou pour rechercher des sensations. D'une certaine façon, sans que les mécanismes en soient très bien connus à l'heure actuelle, il s'agirait donc de tentatives d'aménagements de processus d'auto-apaisement. De façon un peu caricaturale, on pourrait dire que certains de ces sujets s'appuient sur des moyens proposés dans l'environnement, la réalité externe, pour essayer de lutter contre la désorganisation et les angoisses de leur monde interne. Il s'agirait là d'essayer de maintenir des liens et un ancrage dans la réalité, le social.

Le profil clinique des toxicomanes schizophrènes présenterait des traits caractéristiques qui, a priori, seraient d'un mauvais pronostic : haut niveau de comorbidité dépressive, dépendance importante à la nicotine et à l'alcool. Ces sujets sont difficiles à soigner et leur observance est faible. La possibilité d'interactions pharmacologiques entre les substances qu'ils consom-

ment et les traitements psychotropes prescrits incite à la prudence, et peut finalement limiter l'action thérapeutique.

Problème particulier de la consommation de cannabis

À l'heure actuelle, où la moitié d'une classe d'âge a déjà consommé une fois du cannabis, il est intéressant de s'interroger sur le lien entre consommation de cannabis et schizophrénie.² Ce d'autant que les premiers signes patents d'émergence de la schizophrénie surviennent à l'adolescence, période particulièrement exposée à l'expérimentation.

Cette association est assez fréquente chez les patients ayant des troubles psychiatriques en général. L'abus de cannabis chez les schizophrènes est 2 à 5 fois plus fréquent que dans la population générale.

Les jeunes qui consomment beaucoup de cannabis courraient davantage de risques de développer une schizophrénie que les non-usagers. La prévalence des abus ou dépendances au cannabis chez les schizophrènes varie autour de 25%, selon les études.

Les recherches des 10 dernières années ont permis de mieux comprendre le fonctionnement des récepteurs cannabinoïdes, leur mode d'action sur les structures limbiques et les systèmes dopaminergiques et glutamatergiques, qui seraient également impliqués dans la schizophrénie. Il s'agit là d'une véritable comorbidité, qui peut être éclairée par l'approche neurodéveloppementale, mais aussi par la notion de vulnérabilité génétique et psychologique, en particulier la notion de schizotypie.

On peut émettre l'hypothèse selon laquelle la consommation de cannabis révélerait des troubles schizophréniques chez des sujets vulnérables sur les plans neurodéveloppemental, génétique, et de la personnalité sous-jacente. Dans l'attente de nouvelles pistes thérapeutiques, il semble important de poursuivre les efforts dans différents domaines : prévention et dépistage auprès des adolescents consommateurs ; repérage des populations à risque ; information et accompagnement auprès des sujets schizophrènes ; intérêt du sevrage et de l'observance médicamenteuse.

Si on s'intéresse plus spécifiquement à la question de la consommation de cannabis chez les adolescents schizophrènes, on constate que, dans la majorité des cas (entre 30 et 90% selon les études), les jeunes patients consomment et abusent de cannabis quelques années (de 1 à 6 ans) avant le 1^{er} épisode psychotique. Globalement, cette consommation est bien tolérée. Toutefois, si le cannabis agit comme auto-calmant d'un processus pathologique en cours d'émergence, il participe au développement de perturbations cognitives à type de désinvestissement intellectuel notamment, dont nous ne connaissons pas précisément l'origine. Sur le plan biologique, le cannabis entraîne une hyperdopaminergie sous-corticale qui doit être compensée par le glutamate. Progressivement, l'adolescent n'arrive plus à traiter les informations de façon adaptée ; il n'arrive plus à gérer le stress environnemental qui était initialement calmé par le cannabis. Il semble alors que le système de régulation se trouve en faillite, comme si un seuil était dépassé. Si on reprend l'hypothèse d'un trouble neurodéveloppemental précoce, les remaniements hormonaux de l'adolescence, en particulier androgéniques, associés aux troubles cognitifs, terminent de faire le lit du processus productif.

Schizophrénie et violence

La violence qui pourrait être associée à la schizophrénie fait peur, jusque dans les services de soins. Les études épidémiologiques de ces 10 dernières années montrent que, malgré les différences entre les approches métho-

dologiques choisies, on retrouve toujours la notion d'une association, modérée mais significative, entre schizophrénie (ou plus généralement troubles psychotiques) et violence.³⁻⁵ La comorbidité entre schizophrénie et violence est cependant moins importante que celle constatée avec les addictions. De plus, il semble que ce soient des constellations syndromiques bien particulières qui sont associées à un risque élevé de violence.

Les données actuelles suggèrent que la proportion de crimes violents commis par des personnes souffrant de troubles mentaux graves est relativement faible. Il n'existe pas de démonstration évidente d'une augmentation des actes violents qui seraient commis par les sujets souffrant de troubles mentaux graves, et en particulier de schizophrénie.⁶ Certains auteurs anglo-américains avancent même, de façon assez cynique, qu'un sujet étranger a statistiquement moins de risque d'être agressé par des sujets atteints de troubles mentaux graves, que par des sujets en bonne santé mentale.

La plupart des études semblent également confirmer que lorsque les troubles schizophréniques sont associés à des abus ou à une dépendance alcoolique ou à d'autres toxiques, les risques de passages à l'acte violent sont plus élevés. Peu de données objectives nous sont données sur la nature des actes violents commis par les schizophrènes. Classiquement, ces actes étaient plutôt décrits comme ayant une tonalité bizarre, discordante, imprévisible. Il ne faut pas non plus négliger le fait que la violence des sujets psychotiques soit fréquemment dirigée contre eux-mêmes.

Conclusion

Si l'on commence à disposer de données épidémiologiques assez précises sur les associations entre schizophrénies et addictions ou violence, si les mécanismes biologiques commencent à être abordés, ces connaissances et leurs applications pratiques demandent à être affinées. Les conséquences thérapeutiques pourraient être considérables, à condition que se développent des approches globales, nuancées, adaptées à chaque sujet, à chaque trajectoire de vie.

Ces approches ne peuvent en aucun cas se limiter à l'amélioration des traitements médicamenteux. Même si ceux-ci sont fondamentaux, lutter contre les stigmatisations, soutenir les familles, faciliter les actions d'insertion, repérer les populations ou les périodes à risque, favoriser l'alliance thérapeutique et l'observance des soins, devraient permettre de limiter, ou au moins de mieux prendre en compte, la survenue de troubles addictifs ou violents chez les sujets schizophrènes. ■

SUMMARY

Schizophrenia and comorbidity : addiction and violence

Jean-Philippe Raynaud, Léonard Amétépé.

Among the elements of comorbidity found in schizophrenia, it is addiction and violence that figure most among those that preoccupy the entourage of family and cares of patients. These problems can worsen the prognosis of schizophrenia, notably because they further hinder the already complex provision of care and social support, but also because they provoke a cascade of complications and disruptions. On top of these in comorbid manifestations exist fears, preconceived ideas and shady zones. The authors of this article propose a review of the recent literature, on the incidence and nature of these problems, and on the pathways currently being explored as to their origins.

Rev Prat 2002 ; 52 : 1191-3

RÉFÉRENCES

1. Dixon L, Breier A, Lieberman JA. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia : prevalence and impact on outcomes. *Schizophr Res* 1999 ; 35 : 93-100.
2. Amétépé L. Schizophrénie et usage de cannabis. Thèse, Université Toulouse III, 2002 : 126-35.
3. Angermeyer MC, Rössler W, Haug HJ, Munk-Jorgensen P. Schizophrenia and violence. The psychosocial basis of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2000 ; 102 : 63-7.
4. Beck JC. Epidemiology of mental disorder and violence: beliefs and research findings. *Harv Rev Psychiatry* 1994 ; 2 : 1-6.
5. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness : the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998 ; 155 : 226-31.
6. Soyka M. Substance abuse and dependency as a risk factor for delinquency and violent behaviour in schizophrenic patients. *J Clin Forensic Med* 1994 ; 1 : 3-7.